UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 38

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PATHOGÉNIE ET DU TRAITEMENT

DES

KYSTES SÉREUX DU POIGNET

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Mars 1910

PAR

André HILLAIRET

Né à Montendre (Charente-Inférieure), le 29 mai 1875

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

TÉDENAT, Professeur, *Président.*
DUCAMP, Professeur
SOUBEYRAN, Agrégé
LEENHARDT, Agrégé

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1910

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PATHOGÉNIE ET DU TRAITEMENT

DES

KYSTES SÉREUX DU POIGNET

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534907_0124

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 38

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PATHOGÉNIE ET DU TRAITEMENT

DES

KYSTES SÉREUX DU POIGNET

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Mars 1910

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

André HILLAIRET

Né à Montendre (Charente-Inférieure), le 29 mai 1875

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

TÉDENAT, Professeur, *Président.*
DUCAMP, Professeur
SOUBEYRAN, Agrégé
LEENHARDT, Agrégé

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

Examinateurs de la thèse :

MM. TÉDENAT, *président.*	MM. SOUBEYRAN, *agrégé.*
DUCAMP, *professeur.*	LEENHARDT, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR HILLAIRET

PHARMACIEN DE 1re CLASSE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MA FEMME

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A. HILLAIRET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOUBEYRAN

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEENHARDT

A MES MAITRES

A. HILLAIRET.

AVANT-PROPOS

Avant de commencer l'étude de ce travail, il nous est doux de songer à notre père bien-aimé, à notre mère vénérée. Nous sommes heureux de pouvoir dédier à leur mémoire sacrée, notre modeste travail, comme une marque de profonde reconnaissance.

Qu'il nous soit permis de dire à notre chère femme combien nous lui sommes reconnaissant de l'aide morale qu'elle nous offrit sans cesse, relevant notre courage défaillant, dans les moments les plus difficiles.

A tous ceux que nous aimons, et qui nous rendent notre affection, nous offrons l'hommage de notre profonde gratitude.

Nous remercions bien vivement nos maîtres, qui par leurs instructives et bienveillantes leçons ont fait notre instruction médicale.

Nous n'oublions pas nos premiers maîtres de Limoges, et tout particulièrement M. le professeur Chénieux, qui fut l'ami de notre père.

Nous réservons des remerciements à M. le professeur

agrégé Soubeyran, qui nous a guidé dans l'étude de notre travail.

Nous sommes enfin infiniment sensible à l'honneur que nous fait M. le professeur Tédenat, en voulant bien accepter la présidence de cette thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
PATHOGÉNIE ET DU TRAITEMENT
DES
KYSTES SÉREUX DU POIGNET

INTRODUCTION

Nous avons eu souvent, durant nos années d'études médicales, l'occasion d'examiner des malades atteints de kystes synoviaux du poignet, ce qui nous engage aujourd'hui à en faire l'objet de notre thèse.

En traitant cette question nous n'avons pas la prétention de faire œuvre originale, car depuis longtemps nous avons été devancé dans ce travail.

Aussi, bien loin de vouloir faire une étude complète des kystes synoviaux du poignet, nous nous proposons d'étudier brièvement dans un premier chapitre quelques conditions générales sur ces kystes, nous réservant d'insister plus particulièrement sur leur pathogénie, et surtout sur leur traitement.

Après avoir exposé les différentes théories qu'invoquent les auteurs pour expliquer leur formation, nous mentionnerons les procédés qui ont été depuis longtemps proposés comme traitement, et qui, actuellement, peuvent être rangés sous trois chefs distincts : la *réduction*, le *flétrissément* et l'*extirpation*.

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Par kystes séreux nous entendons les productions kystiques développées sur la face externe des synoviales articulaires ou tendineuses. Suivant qu'ils ont comme point de départ une synoviale articulaire ou une gaîne tendineuse, nous les divisons, comme Demarquay, en kystes arthro-synoviaux et kystes téno-synoviaux.

Ces kystes partiels ou ganglionnaires, comme les nommait Gosselin, se forment dans une partie circonscrite d'une membrane synoviale, et ne doivent pas être confondus avec les épanchements (kystes hydropiques) qui occupent une séreuse tendineuse tout entière.

Nous avons pu constater que le poignet était le siège de prédilection des kystes synoviaux, et cela n'a rien de surprenant, attendu que cette région est, par excellence, celle des séreuses : les coulisses tendineuses et les tendons, les nombreuses surfaces articulaires du carpe,

en sont tous tapissés. Au poignet même les kystes synoviaux affectent des lieux d'élection : ce sont les points faibles articulaires, où, par suite de la rareté des fibres ligamenteuses, et même par leur absence, la synoviale vient normalement faire saillie.

L'un de ces points se trouve à la face antérieure de la capsule articulaire, à la base de l'apophyse styloïde du radius.

Nous en trouvons un autre entre les fibres du ligament antérieur, sur le bord antérieur du radius.

Un troisième se rencontre à la face postérieure de l'articulation radio-carpienne, où existe un groupe de logettes faisant saillie entre les fibres clairsemées du ligament.

Il existe enfin un dernier groupe de logettes à la face dorsale du carpe, dans les intervalles des ligaments allant du grand os et du trapézoïde d'une part, au scaphoïde et au semi-lunaire d'autre part.

De ce que nous venons de dire sur les points faibles des articulations radio-carpienne et médio-carpienne, il ne s'ensuit pas forcément que l'on doive trouver immédiatement au-dessus de ces points les productions kystiques. Elles peuvent émerger, au niveau des parties molles, plus ou moins loin de leur point de départ, après avoir contourné les tendons et s'être frayé un passage entre les couches aponévrotiques. Verneuil cite le cas d'un kyste qui, né sur la face dorsale du poignet, est venu engaîner la radiale à trois centimètres au-dessus de l'articulation. De là, il s'ensuit que la tumeur peut être rattachée à la synoviale par un pédicule plus ou moins long. Elle peut même quelquefois être complètement indépendante. Le plus souvent ces kystes viennent

siéger à la face dorsale du poignet, sur la ligne qui réunit les deux apophyses styloïdes.

Après avoir expliqué l'origine synoviale de ces petites tumeurs, et décrit les endroits de l'articulation par lesquels elles passent, nous croyons devoir montrer quels en sont généralement la forme et le volume.

Leur aspect est souvent celui d'une tumeur arrondie ou ovoïde. Mais elles peuvent présenter quelquefois des irrégularités dues, sans doute, à la résistance des éléments voisins. Quelquefois même, des brides fibreuses semblent les diviser en deux ou plusieurs lobes.

Quant à leur volume, il est naturellement très variable, allant de la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une noix et même d'un œuf de poule, suivant qu'on les examine à une époque plus ou moins lointaine de leur apparition. Généralement l'accroissement se fait lentement, la tumeur pouvant mettre plusieurs mois pour passer de la grosseur d'un pois à celle d'une noix. Mais quelquefois elle apparaît brusquement, à la suite d'un effort, d'un coup, après un exercice fatigant, et peut acquérir, immédiatement un volume plus considérable. Cette apparition brusque du kyste semble être un argument en faveur d'une simple hernie synoviale, bien que pour Gosselin ce ne serait pas une hernie véritable, mais l'issue à travers les ligaments, d'un kyste qui existait au-dessous et était resté inaperçu depuis un temps plus ou moins long.

Si nous faisons l'étude du kyste lui-même, nous constatons macroscopiquement qu'il est constitué par une poche à paroi mince et tendue, contenant un liquide visqueux, jaunâtre ou rougeâtre qui a pu être comparé à de la gelée de pomme ou de groseille. Dans certains cas la paroi, au lieu d'être mince, peut devenir épaisse et résis-

tante, offrir même une apparence presque cartilagineuse. Sa surface est lisse, et séparée de la peau par une couche de tissu cellulaire lâche.

Quant à la structure intime de ces kystes, n'ayant pu nous-même en faire l'étude microscopique, nous reproduisons les conclusions auxquelles ont été amenés E. Robin et Lebert qui en 1858 ont fait les premiers examens sur cette question.

« La poche qui constitue les ganglions a la même structure que la synoviale articulaire, on y retrouve le même épithélium pavimenteux à la partie interne ; l'enveloppe fibreuse est souvent plus dure que celle de la synoviale, et rendue plus épaisse par les pressions, les frottements, l'addition du tissu cellullaire environnant. Quelquefois au contraire les parois s'amincissent au point de se rompre sous le moindre effort. »

Hochet (Thèse Paris, 1894) a pu affirmer « qu'il existe sur la membrane interne un revêtement endothélial composé de cellules polygonales à contours souvent arrondis tout à fait comparable à celui des synoviales. L'endothélium formant le revêtement interne du kyste repose sur une couche assez mince de tissu conjonctif à faisceaux parallèles à la surface interne, renforcé par une couche généralement épaisse de tissu conjonctif lâche, sans orientation précise, et renfermant des fibres élastiques et des cellules adipeuses qui constituent par places des amas assez considérables. Cette couche périphérique ne présente pas d'ailleurs, de limites nettes dans sa partie superficielle, se continuant sans ligne de démarcation avec le tissu conjonctif ambiant. Notons que dans un cas nous avons constaté, en plusieurs points de la paroi kystique, de petits foyers hémorragiques diffus et des lésions inflammatoires des petits vaisseaux avec une infil-

tration assez étendue de cellules rondes, témoignant d'un processus inflammatoire récent. »

Nous ferons remarquer que la structure du pédicule ne semble pas différer de celle de la paroi kystique.

Avant de terminer ces considérations sur les kystes séreux du poignet, nous croyons devoir en rappeler les symptômes généraux qui doivent nous guider dans le diagnostic. Nous avons décrit leur formation habituellement lente et progressive, nous ajouterons qu'ils sont indolores. Leur forme et leur volume nous étant connus, nous nous souviendrons qu'ils ont une résistance élastique (parfois tellement dure qu'on a pu prendre un kyste synovial pour une tumeur pleine), que la peau qui les recouvre et à laquelle ils n'adhèrent pas, ne change pas de couleur.

Enfin, nous ferons remarquer que les kystes ténosynoviaux ont souvent des rapports très étroits avec les tendons, qu'ils s'accolent parfois très intimement aux artères et aux nerfs voisins au point de simuler un petit anévrysme par transmission des battements à la poche, ou de déterminer des phénomènes douloureux qui pourraient les faire prendre pour un tubercule sous-cutané douloureux.

M. Schwartz cite le cas d'un malade accusant des douleurs intolérables, qui durent être rapportées à ce fait que des rameaux dorseaux du cubital étaient soulevés et tendus par un kyste synovial.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE

De nombreuses théories ont été invoquées pour expliquer la pathogénie des kystes synoviaux. Nous ne chercherons pas à discuter celles qui, ne reposant sur aucune donnée sérieuse, ont été depuis longtemps complètement abandonnées.

Mentionnons simplement, à titre historique, la théorie de Heller, qui voulait que le kyste soit dû à la rupture d'une gaîne tendineuse laissant la synovie s'épancher dans le tissu cellulaire voisin.

Pour Chassaignac, la production de ces tumeurs serait due à l'accumulation de la synovie dans les gaînes tendineuses. Cette théorie pourrait expliquer la présence de quelques kystes tendineux dont l'indépendance d'avec la synoviale articulaire est une disposition qu'on rencontre quelquefois lorsqu'on incise ces petites tumeurs qui ont alors des rapports très étroits avec les tendons

de la région. Dans ces cas, il semble qu'il s'agit d'hydropisies enkystées des gaînes tendineuses, les loges kystiques ayant été formées par adhérences des deux feuillets.

Léveillé, Boyer et Richerand ont voulu en faire des productions particulières du tissu cellulaire, et Ledderhose n'hésite pas à dire que ce sont de véritables néoplasmes, des « kystomes » développés dans le tissu conjonctif para-articulaire. D'abord multiloculaires, ces kystomes finiraient par ne plus présenter qu'une poche unique, par suite de la disparition des cloisons formant les petites cavités qui les composent. Il veut expliquer ainsi les variations de volume de ces tumeurs, mais il ne dit pas par quel mécanisme disparaissent les cloisons, ni comment s'accroît le néoplasme. Pour prouver la nature néoplasique de ces productions kystiques, l'auteur allemand s'appuie sur les résultats d'examens histologiques dans lesquels nous trouvons des contradictions évidentes.

« On retrouve, écrit-il, dans la paroi kystique une alternance du tissu connectif et adipeux. Plus nous nous rapprochons de la partie pathologique, plus nous constatons les artérites terminales, l'accumulation de cellules rondes autour des vaisseaux, l'élargissement des septa du tissu graisseux qui se métamorphose en tissu connectif.

» A une certaine place de la préparation, le *tissu a tout à fait l'aspect de la capsule synoviale*, et dans beaucoup de coupes on peut distinguer parfaitement les *villosités synoviales*. En certains endroit le kyste arrive jusqu'à proximité immédiate de cette capsule synoviale et n'en est séparé que par une très mince couche de tissu connectif. »

On peut remarquer que l'auteur mentionne les villosités synoviales, et qu'il constate lui-même le rôle important joué par elle.

Ne tenant compte de ces théories que pour ce qu'elles valent, nous conclurons qu'à l'heure actuelle, deux seulement peuvent expliquer la pathogénie des kystes qui nous occupent :

1° La théorie folliculaire, de Gosselin.

2° La théorie de la hernie synoviale, formulée par Bégin et Banvell.

Nous exposerons l'une après l'autre ces deux théories.

Théorie folliculaire. — Gosselin fut amené à soutenir cette théorie après de nombreuses recherches anatomiques.

Il trouva que les synoviales, et en particulier celles du poignet, sont pourvues de culs-de-sac qu'il appela *cryptes* ou *follicules synovipares*, dans lesquels on doit rechercher, et non ailleurs, les origines des kystes articulaires.

L'oblitération de l'orifice de ces cryptes, et l'accumulation de la synovie dans leur intérieur serait pour lui le point de départ de ces formations kystiques.

Il nous dépeint ces follicules comme des corpuscules plus ou moins saillants, de la grosseur d'une tête d'épingle, durs et résistants, blanchâtres ou grisâtres, siégeant immédiatement au-dessous de la synoviale articulaire, et ne communiquant pas avec l'articulation.

L'idée de Gosselin nous fait penser à cette loi de pathologie générale qui veut que tout organe sécrétant qui vient à s'oblitérer, se transforme en une cavité kystique. Aussi nous est-il facile d'admettre son opinion, mais jus-

qu'à un certain point. Nous reconnaîtrons bien volontiers que souvent la formation des kystes synoviaux a son origine dans l'oblitération de ce qu'il appelle les « cryptes ou follicules synovipares », mais nous ferons remarquer que nous le trouvons beaucoup trop exclusif lorsqu'il dit :

« Les kystes ganglionnaires du poignet *ne peuvent s'expliquer par une hernie*, ni une rupture de la synoviale articulaire. Leur origine dans les gaînes tendineuses n'est nullement démontrée, et serait en tous cas plus rare que la précédente. Sans nier que ces tumeurs puissent être quelquefois une production morbide du tissu cellulaire non synovial, je regarde au moins ce développement comme exceptionnel. Pour moi les ganglions sont le plus souvent constitués par des cryptes synoviaux articulaires oblitérés. »

Si les kystes synoviaux peuvent naître de l'oblitération des cryptes folliculaires, il n'en est pas moins vrai qu'ils peuvent également avoir une autre origine qu'on ne saurait leur nier, celle de la hernie synoviale.

Théorie de la hernie synoviale. — C'est Bégin qui le premier émit l'idée que le kyste synovial résultait uniquement d'une hernie de la séreuse faisant éruption à travers une éraillure de la capsule articulaire.

Cette théorie fut soutenue par Velpeau, Vidal de Cassis, Marchal de Calvi, et a trouvé depuis de nombreux défenseurs.

A ce propos nous croyons devoir citer deux observations publiées par M. Poirier, après lesquelles il arrive à conclure formellement à l'existence de la hernie articulaire.

« Sur ce sujet, nous avons trouvé, sortant à travers

une éraillure du ligament latéral externe, un petit kyste de la grosseur d'un pois, et d'apparence multiloculaire. Pour nous assurer des rapports de ce kyste avec la synoviale radio-carpienne, nous avons injecté cette dernière, et il nous a été facile de voir l'injection pénétrer dans les lobules profonds, pendant que la gelée qu'ils contenaient était refoulée vers les lobules périphériques dont la tension augmentait. Nous ne trouvons pas d'autre nom pour désigner ce kyste que « hernie articulaire ».

« Sur un sujet âgé de 20 ans, nous avons trouvé, sortant à travers une éraillure du ligament latéral externe, un kyste synovial d'apparence multiloculaire, long de quinze millimètres, large de cinq; il comblait en partie la tabatière anatomique, contractant des adhérences très intimes avec l'artère radiale qui contournait sa face postérieure. Son sommet tourné du côté de l'articulation se perdait en s'enfilant dans l'éraillure du ligament latéral externe. Injectant alors la synoviale du poignet, pour nous rendre un compte exact des rapports de ce kyste avec la synoviale articulaire, nous avons vu le suif pénétrer dans le kyste et l'envahir dans sa totalité, en refoulant à la périphérie ce qu'il contenait. Il est difficile de refuser à ce kyste le nom de « hernie articulaire ».

D'après cette théorie, la synoviale, repoussée par une accumulation préalable de synovie, s'engagerait à travers les éraillures fibreuses, points faibles du revêtement ligamenteux, et proéminerait de plus en plus au dehors. Cette accumulation, même préalable, serait inutile pour produire la hernie. Il suffit qu'un travail incessant et continu de la même articulation repousse toujours la synovie vers les mêmes points, faisant céder la séreuse qui vient faire hernie, lorsqu'elle ne rencontre pas, de la part des ligaments, une résistance suffisante.

Ceci nous expliquerait la fréquence relativement grande de ces kystes chez les blanchisseuses et les couturières, les personnes, également, qui jouent très souvent du piano et du violon.

Pour conclure, nous admettrons comme recevables les deux théories. Si souvent les kystes séreux du poignet ne sont qu'une hyperthrophie des cryptes synovipares de Gosselin, ils peuvent être dus également à la hernie de la synoviale à travers la capsule articulaire.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Si l'on excepte les quelques cas, très rares, où, en les abandonnant à eux-mêmes, les kystes séreux du poignet guérissent spontanément, il est préférable d'intervenir le plus tôt possible, dès qu'on en a fait le diagnostic.

Depuis que ces kystes sont connus, les traitements les plus différents ont été proposés pour obtenir leur guérison.

Nous ne mentionnerons qu'à titre de mémoire les procédés médicaux comportant les vésicatoires, les emplâtres iodurés, les applications d'huile d'origan, de teinture d'iode, d'alcool, qui nous semblent inefficaces, malgré l'apparence de guérison qu'ils ont présenté quelquefois. Nous sommes plutôt disposés à croire que dans ces cas la guérison se serait opérée seule.

Tous les moyens employés actuellement, qui paraissent donner quelque résultat satisfaisant, peuvent, sem-

ble-t-il, être rangés sous trois chefs distincts : la *réduction*, le *flétrissement*, l'*extirpation*.

I. Réduction. — Si, comme Bégin, et plus récemment Poirier, dont nous avons rapporté deux observations dans notre chapitre de la pathogénie, nous considérons ces kystes comme de simples hernies synoviales, nous pouvons songer à faire rentrer, à travers l'anneau fibreux de la capsule articulaire, la partie herniée de la séreuse.

Ou bien la hernie synoviale s'est produite brusquement, à la suite d'un effort violent, ou bien elle s'est produite lentement. Dans le premier cas, le kyste répond au type de la hernie de force que nous pouvons traiter par compression brusque et immédiate, combinée à des tractions sur la main en diverses directions. Nous obtiendrons ainsi une réduction définitive, résultat auquel nous arriverons plus facilement, en cas de hernie de faiblesse, par la compression lente telle que la conçoit le docteur Bonneau.

« Elle consiste, nous dit-il, à pratiquer presque journellement des séances de massage vibratoire, avec l'appareil bien connu d'une tige en baïonnette animée d'un vif mouvement de rotation, et portant sur sa pointe un petit disque renflé, à la façon d'un procédé de queue de billard, et mobile au niveau de son articulation avec la tige. Peu à peu la saillie kystique diminue; après des semaines ou des mois de traitement, elle finit par rentrer dans la profondeur et on a l'impression de la guérison. »

La compression seule ne paraît pas avoir donné d'aussi bons résultats que l'écrasement suivi d'une compression méthodique. Cependant nous avons des exem-

ples probants de succès, parmi lesquels nous retiendrons les deux suivants :

Observation I

(Dauchelle. — Thèse Paris, 1897)

Louis M..., terrassier, âgé de 33 ans, se faisait soigner depuis deux mois, pour un eczéma rebelle de la face.

Il revenait, à cet effet, régulièrement à la consultation de l'hôpital Saint-Louis.

Par hasard, nous lui découvrîmes un jour une tumeur de la grosseur d'un petit pois, située sur la face dorsale du poignet droit, à peu près au niveau de la ligne médiane, un peu plus haut que le sommet de l'apophyse styloïde du radius.

Il nous dit être porteur de cette tumeur depuis de longues années, et n'avoir jamais songé à s'en débarrasser. Il ajouta que son volume était assez inconstant, et que par moments elle diminuait pour augmenter de nouveau.

La palpation de la tumeur lui montra qu'elle était de consistance moyenne, avec un certain degré de résistance.

La pression la réduisait dans une certaine mesure. Mais les différentes attitudes qu'on faisait prendre à la main étaient sans influence sur le volume de la tumeur.

Elle a toujours été indolore, et aucune manœuvre n'était capable d'éveiller de la douleur. Nous nous trouvions à coup sûr en présence d'un kyste synovial du poignet.

A l'interrogatoire du malade, on ne découvrit aucune maladie antérieure. A l'âge de 20 ans toutefois, il avait eu une fracture de l'extrémité inférieure du radius droit.

La fracture avait été rapidement et heureusement consolidée, et à vrai dire on ne distinguait qu'avec peine le cal en palpant l'os.

Aussitôt en possession de ce renseignement, nous avons voulu voir s'il existait un rapport quelconque entre cette fracture du radius et le kyste synovial.

Après une enquête prolongée, vous avons acquis l'assurance que le kyste s'était produit quelques mois après la fracture, et le malade nous a affirmé s'être livré à des travaux particulièrement pénibles au moment où s'était montré son kyste. A cette époque il chargeait sur des camions de lourdes pierres de taille ; par la suite, il n'avait plus qu'à faire ce travail d'une façon tout à fait accidentelle.

Bien que ces faits soient de date assez ancienne, ils nous ont cependant paru devoir être signalés. Il semblerait y avoir une relation assez nette entre la production du kyste synovial et les travaux auxquels se livrait le malade à cette époque.

D'autre part, il n'est pas inutile de retenir que le malade venait d'être guéri d'une fracture du radius.

Y a-t-il eu retentissement de cette fracture sur l'articulation ? Nous ne saurions le dire, n'ayant pas pu le constater.

Le traitement de ce kyste a été fort simple : il nous a suffi d'exercer des pressions assez énergiques sur le poi-

gnet pour voir au bout de quelques instants la tumeur disparaître. Sans doute le liquide était-il en partie rentré dans l'articulation, tant d'après ce que disait le malade que d'après les résultats fournis par l'examen de la tumeur.

Mais une plus grande partie du liquide s'était vraisemblablement épanché dans le tissu cellulaire ambiant.

Nous avons fait de plus porter au malade un bandage compressif pendant quelques jours. Nous avons été à même de le revoir un mois plus tard : la tumeur n'avait pas reparu.

Observation II

(Dauchelle. — Thèse Paris, 1897)

Au mois de mai 1895, se présente à la consultation de l'hôpital Lariboisière, un jeune homme d'environ 25 ans, libéré du service militaire depuis à peu près un mois. Dans les derniers jours qu'il a passés au régiment, il dit avoir vu subitement apparaître une petite tumeur sur le côté interne du poignet droit. Il est très affirmatif sur le point suivant : c'est après un exercice violent, s'accompagnant de mouvements répétés du poignet, que la tumeur est apparue. Un interrogatoire minutieux ne révèle aucune lésion antérieure du côté de cette articulation ; pas de maladies, du reste, à signaler dans les antécédents.

A l'examen général, on ne trouve rien de spécial à

noter : le malade est bien musclé, de haute stature, il a l'air solide et vigoureux.

Rien du côté du cœur et des poumons.

Lorsqu'on examine le poignet, on voit, sur sa partie interne, une tumeur de la grosseur d'un petit pois, d'une très grande dureté, ne cédant pas à la pression, indolore à la pression. Mais fait-on exécuter à la main des mouvements de rotation et de supination, la tumeur devient douloureuse. Le siège exact de cette dernière peut être facilement déterminé par suite d'une saillie anormale des deux pyramidaux droit et gauche.

C'est à un demi-centimètre à peu près au-dessous du pyramidal droit que se présente la tumeur, à peu près à égale distance du pyramidal et du sommet de l'apophyse styloïde du cubitus.

On se trouve, sans nul doute, en présence d'un kyste synovial de l'articulation du poignet droit, dont l'apparition semble s'être faite brutalement. En examinant l'articulation avec le plus de soin possible, on peut se rendre compte que cet examen concorde avec les commémoratifs fournis par le malade et que le poignet ne paraît avoir été le siège d'aucune lésion antérieure.

Malgré la rareté du fait, force est donc d'admettre que le kyste s'est produit subitement, sans que rien puisse en expliquer la raison que les mouvements dont il est fait mention au début de cette observation.

Nous avons essayé de rompre le kyste en exerçant sur lui une forte pression, mais il a présenté une résistance si grande, que nous avons dû renoncer à ce procédé, tout au moins momentanément. Le malade se refusait d'autre part à toute intervention chirurgicale, si minime fût-elle ; on lui a toutefois conseillé de revenir

quelque temps plus tard, dans l'espoir de le décider à ce moment.

Lorsqu'il revint à la consultation, au bout de quinze jours, nous fûmes étonnés de voir que sa tumeur avait considérablement diminué des deux tiers de ses dimensions primitives. Il nous dit avoir souvent répété les manœuvres de pression qu'il nous avait vu pratiquer, et à différentes reprises, sans succès aucun. Mais au bout d'un certain temps, il vit la tumeur s'affaisser après une de ces pressions plus forte, ajoutait-il, que de coutume.

Nous lui avons conseillé de porter autour du poignet un bandage bien serré, afin de compléter la guérison et d'empêcher toute récidive.

Après un pareil traitement, il est bon, afin d'empêcher toute récidive, de recommander le port d'un bandage assez serré, ou mieux d'un bracelet tel que le préconise Bonneau. On peut employer soit la mitaine en tissu élastique, soit le bracelet en tissu métallique à maillons que double intérieurement de la peau de chevreau. Dans ces deux appareils la compression est faite par une pelote composée d'un disque métallique recouvert de peau de chevreau.

Lorsque le malade se livrera à un exercice violent, il substituera à ce bracelet un appareil de force, semblable aux bracelets que portent les lutteurs.

Notons que dans quelques cas le port d'un bracelet peut, par une sorte d'auto-massage produit par les mouvements incessants du poignet, obtenir la guérison sans avoir besoin de recourir à aucun autre traitement.

II. Flétrissement. — Pour obtenir le flétrissement de la poche kystique, on cherche, par différents moyens, à évacuer le liquide qu'elle contient, afin que les parois, revenant sur elles-mêmes, arrivent à s'accoler.

L'écrasement est le moyen le plus ancien et le plus banal qui ait été proposé à cet effet. Aidé de la compression il a donné quelquefois de bons résultats. On le pratique soit à l'aide des pouces, directement, soit au moyen d'une pièce de monnaie, en prenant un point d'appui solide sur le poignet maintenu en demi-flexion.

Lorsque le kyste éclate, il se produit un bruit particulier en même temps qu'on éprouve la sensation de l'affaissement de la tumeur.

Il reste, après ce résultat, une tuméfaction pâteuse qui ne doit pas inquiéter le malade, et qui ne disparaît qu'après plusieurs jours, à la suite d'un massage régulier.

Pratique avec les kystes simples, à paroi peu épaisse, l'écrasement ne réussit guère avec ceux qui offrent une résistance trop grande.

On peut alors avoir recours à différents autres moyens, tels que la ponction, les incisions sous-cutanées simples ou multiples, manœuvres toujours suivies de massage et de compression pour favoriser l'évacuation du liquide.

Mais, de ce fait que le liquide est évacué, il ne s'ensuit pas forcément que les parois de la poche vont s'accoler et fermer la cavité kystique. Ces procédés sont très souvent illusoires, et les récidives très fréquentes. Nous n'en donnerons comme preuve que l'observation suivante, choisie parmi tant d'autres :

Observation III

(Hochet. — Thèse Paris, 1894)

Le nommé G. J..., 30 ans, instituteur.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade.

Il y a quinze ans environ, le malade a remarqué à la face dorsale de son poignet droit une petite tumeur du volume d'un pois. Cette tumeur grossit d'une manière continue, de telle sorte que, six ans après son apparition, elle a environ le volume d'une noix.

Le malade se décide alors à se faire opérer aux Grisons (Suisse) où il est instituteur. On incise la tumeur, et il en sort un liquide visqueux.

Peu de temps après cette opération, la tumeur réapparaît, et continue à progresser, de telle sorte que trois ans après cette intervention, c'est-à-dire neuf ans après l'apparition de la tumeur, le ganglion était revenu au volume d'une noix.

Le malade subit une seconde opération qui consiste en une ponction avec un bistouri, ponction suivie d'une nouvelle évacuation d'un liquide visqueux.

Peu de temps après, seconde récidive. La tumeur augmente d'une manière continue.

Etat actuel. — La tumeur siège à la face dorsale du poignet droit, sur la ligne joignant les deux apophy-

ses styloïdes, et occupe le côté radial de cette ligne.

Elle est bilobée et présente un volume total à peu près égal à celui d'une grosse noix.

La peau qui la recouvre présente deux cicatrices, l'une petite, située au sommet de la tumeur, l'autre ayant une longueur de deux centimètres et siégeant à la partie antérieure de sa circonférence.

A la palpation la tumeur est mobile sous la peau, indolore et de consistance rénitente.

11 juin 1894. — Injection d'environ X gouttes de teinture d'iode. Par suite du mauvais fonctionnement de la seringue, la quantité injectée n'a pu être exactement observée.

Pansement compressif.

15 juin. — Injection de X gouttes de teinture d'iode et pansement compressif.

25 juin. — Injection de IV gouttes de teinture d'iode.

9 juillet. — Injection de VI gouttes de teinture d'iode.

25 juillet. — La tumeur a disparu.

L'injection de teinture d'iode modifie la paroi interne du kyste, et réussit assez bien, comme nous venons de le voir, à en provoquer l'accolement, alors que d'autres manœuvres se proposant le même but ont échoué auparavant.

C'est Velpeau qui le premier préconisa les injections de teinture d'iode, qu'il employait étendue d'une égale quantité d'eau. Sa méthode consistait à vider d'abord par la ponction la poche dans laquelle il injectait ensuite la teinture d'iode qu'il évacuait cinq à dix minutes après.

Duplay, modifiant cette méthode, en instille quelques

gouttes, pures, dans la partie inférieure de la tumeur; il applique ensuite un traitement compressif.

Ce procédé est considéré encore aujourd'hui comme un des plus efficaces et des plus rationnels.

Le docteur Bonneau l'a utilisé, et n'a eu qu'à s'en louer. Il est intéressant, croyons-nous, de reproduire ici sa technique opératoire :

« L'aiguille de la seringue de Pravaz est enfoncée en plein dans la cavité du kyste ; on s'assure que la pointe de l'aiguille est bien dans cette cavité, grâce à la sensation de liberté, aux mouvements qu'elle donne quand on mobilise le pavillon de l'aiguille. Deux à trois gouttes de teinture d'iode pure sont injectées, et l'aiguille retirée d'un mouvement brusque. Une compression assez serrée est alors exercée sur le kyste au moyen d'une pièce de dix centimes enveloppée dans de la gaze à pansement, et maintenue par des tours de coton et de tarlatane amidonnée humide, roulés autour du poignet et entre le pouce et l'index. Le malade éprouve une légère brûlure qui peut persister pendant quelques heures et s'accompagne d'engourdissement des doigts, puis tout se calme. Huit jours après le pansement est enlevé, et une nouvelle injection est pratiquée de la même manière, suivie du même pansement compressif, et, s'il le faut, on recommence une troisième, exceptionnellement une quatrième injection à huit jours d'intervalle.

» La troisième injection est d'ordinaire assez difficile à exécuter, car le kyste est déjà tellement revenu sur lui-même, qu'on finit par ne plus savoir si la pointe de l'aiguille est bien dans ce qui reste de la cavité. Au cas, du reste, où une goutte de teinture d'iode pénètrerait dans la séreuse articulaire ou dans le tissu cellulaire il ne semble pas qu'il doive en résulter de sérieux inconvénients. »

Les cas de kystes séreux guéris par cette méthode sont très nombreux. Nous ne présenterons que quelques observations, les autres étant semblables.

Observation IV

(Hochet. — Thèse Paris, 1894)

La nommée M. R., 18 ans, papetière.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 54 ans d'une fluxion de poitrine, était atteint d'une bronchite chronique. Mère bien portante. Sœurs idem.

Antécédents personnels. — A eu la rougeole et la variole dans sa jeunesse.

Il y a deux ans, à la suite d'un coup reçu à la face dorsale du poignet gauche, la malade remarque, siégeant sur cette face dorsale, la présence d'une petite tumeur indolore, de la grosseur d'un pois.

Pendant un an et demi, cette tumeur reste presque stationnaire ; depuis ces six derniers mois elle augmente progressivement de volume, en restant toujours indolente.

Etat actuel. — A la face dorsale du poignet gauche, sur la ligne réunissant le sommet des deux apophyses styloïdes et occupant la moitié radiale de cette ligne, on constate la présence d'une tumeur du volume d'une grosse noisette.

La tumeur est hémisphérique, irréductible, indolore,

très mobile sous la peau saine. A la palpation elle est résistante.

23 mai 1894. — Injection de six gouttes de teinture d'iode et pansement compressif consécutif. Pendant l'injection quelques gouttes de teinture d'iode ont été perdues.

28 mai 1894. — La tumeur a légèrement diminué de volume. Nouvelle injection de six gouttes de teinture d'iode. Pansement compressif consécutif.

5 juin 1894. — La tumeur a disparu.

Observation V

(Léon. — *Gazette des Hôpitaux*, 17 septembre 1901)

(Résumée)

Mme Michaux, vingt-deux ans. Nous consulte en mars 1906 pour trois grosseurs en forme de petites boules qu'elle porte à la face dorsale du poignet droit.

A noter, comme antécédents, que la malade aide son mari, maître-tailleur, particulièrement en donnant le coup de fer aux vêtements. Ces petites tumeurs ont commencé, dit-elle, par un petit gonflement qui augmenta progressivement, et sont maintenant stationnaires depuis plus d'un an.

Des applications extérieures de teinture d'iode ont été tentées sans aucun résultat.

Etat actuel. — On constate à la région postéro-externe

du poignet droit l'existence de trois bosses arrondies faisant une saillie analogue à celle d'une bille. Elles sont sphériques, à surface extérieure lisse, d'une consistance presque solide, et complètement irréductibles.

30 mars 1896. — Opération : Injection à l'intérieur de chaque kyste de quatre à cinq gouttes de teinture d'iode. La malade éprouva sur le moment une douleur assez vive « lui portant au cœur », mais qui ne dura pas. Pansement compressif.

6 avril. — Le pansement est défait. Disparition de l'aspect extérieur des trois tumeurs. A la place existe un gonflement mal limité.

10 avril. — La femme a pu se servir de sa main pour ses occupations ménagères, malgré le dernier bandage qui avait été appliqué très serré. On l'enlève. Les kystes sont affaissés, dépressibles et de consistance molle. Même pansement.

14 avril. — Le gonflement superficiel n'est plus sensible.

20 avril. — Les trois kystes ne sont plus représentés que par trois petits noyaux de la grosseur d'un petit pois à celle d'une tête d'épingle, durs, immobiles, profondément situés sur le plan osseux. Guérison.

18 juillet. — L'examen local ne présente plus rien qui puisse révéler la trace des anciens kystes.

12 septembre 1900. — Madame M.... nous écrit : « Votre traitement fut efficace du premier coup ; et c'est à vous que je dois d'être débarrassée complètement de mes kystes, car depuis ils n'ont plus reparu.

Observation VI

(Lecourt. — Thèse Paris, 1897)

La nommée X..., âgée de 12 ans, écolière, vient le 4 mars 1896, à la consultation chirurgicale de l'hôpital Lariboisière, nous montrer un kyste de la face dorsale du poignet gauche non pédiculé, siégeant au niveau de l'extrémité supérieure du deuxième métacarpien, et présentant le volume d'une petite noisette. Ce kyste, qui s'est développé depuis trois mois, ne gêne pas la malade, mais l'inquiète parce qu'il a beaucoup augmenté de volume depuis un mois. Il est absolument irréductible.

On pratique une première injection de trois gouttes de teinture d'iode pure dans le kyste, et on fait suivre cette injection d'une compression ouatée peu serrée. Aucune douleur ou réaction. Au bout de quatre jour la douleur a diminué de moitié. Nouvelle injection de trois gouttes suivie de compression. Huit jours après le kyste avait complètement disparu. Nous avons revu la malade six mois plus tard, et elle ne présentait aucune trace de récidive. Jamais aucun traitement n'avait été fait antérieurement.

La question de récidive étant une des premières que nous devions envisager à la suite du traitement de cette

affection, nous ne saurions trop recommander l'emploi ultérieur du bracelet dont nous avons déjà parlé. On évitera ainsi l'ennui d'une nouvelle intervention possible, comme dans le cas de la maladie qui fait l'objet de l'observation suivante :

Observation VII

(Lecourt. — Thèse Paris, 1897)

(Résumée)

La nommée X..., couturière, 21 ans, kyste de la grosseur d'un pois, à la face dorsale du poignet droit, irréductible et non pédiculé.

Applications de teinture d'iode, et légère compression, n'amenant aucun changement.

On pratique une première injection de teinture d'iode dans la tumeur avec la seringue de Pravaz et on fait une légère compression ouatée. Au bout de quatre jours la tumeur a diminué ; nouvelle injection de quatre gouttes suivie également de compression.

Deux fois encore, de quatre jours en quatre jours, on pratique la même opération. Chaque fois, on a constaté une diminution notable ; et, huit jours après la dernière injection, la tumeur avait totalement disparu.

On recommande à la malade de continuer pendant quelque temps une légère compression, surtout lors-

qu'elle reprendra son travail ; mais elle ne suit pas cet avis, et revient, au bout d'un mois, avec une récidive du kyste qui a le volume d'une noisette.

Nouvelles injections de teinture d'iode pure, de quatre jours en quatre jours, avec compression légère : dix jours après la dernière injection, le kyste a disparu complètement.

La malade néglige encore toute précaution et revient au bout de trois semaines avec une nouvelle récidive de la grosseur d'une noisette, comme le kyste précédent. On lui propose alors l'extirpation ; quoique la malade ait promis de revenir, on ne l'a pas revue.

III. Extirpation. — C'est le procédé le plus communément employé aujourd'hui ; avec lui on se propose d'obtenir la guérison absolue tant au point de vue anatomique qu'au point de vue fonctionnel.

Cette opération effrayait autrefois les chirurgiens qui lui faisaient toujours le même reproche : la suppuration. Aujourd'hui, nous ne pouvons plus être arrêtés par cette considération. Si l'opérateur s'astreint aux règles de l'asepsie et de l'antisepsie les plus rigoureuses, l'opération devient d'une innocuité remarquable. Ce procédé a l'avantage sur les précédents, qu'il est le seul véritablement radical, qu'il enlève avec la tumeur toute chance de récidive.

Il consiste à inciser la peau au-dessus de la tumeur, à disséquer cette dernière, à placer ensuite un lien sur le pédicule, et à exciser tout ce qui se trouve au-dessus. L'incision sera faite dans l'axe de la main, parallèlement aux tendons et aux nerfs. Elle devra toujours correspondre au point de naissance de la tumeur. Nous n'hésiterons

donc pas, lorsque nous nous trouverons en présence d'un kyste multilobulé, sur le point exact où nous devrons inciser.

Nous n'aurons qu'à nous rappeler les lieux d'élection pour l'implantation d'origine des kystes du poignet, ainsi schématisés par Bonneau :

« Du côté dorsal, le kyste naît, au-dessous du ligament postérieur de l'articulation, là où la capsule fibreuse va s'insérer par des fibres clairsemées sur la face postérieure du scaphoïde et du semi-lunaire. Il vient émerger entre le tendon du deuxième radial et les tendons extenseurs communs. Qu'il perfore ou non dans sa marche ascensionnelle vers l'extérieur, le ligament annulaire, qu'il envoie un prolongement sous le tendon du long fléchisseur du pouce vers la tabatière anatomique, ou qu'il s'insinue en partie sous les tendons extenseurs, le kyste a toujours son même point de départ, et l'incision cutanée doit y correspondre. Du côté palmaire, c'est entre le bord supérieur du ligament antéro-externe palmaire et le rebord du radius (plus rarement entre les deux faisceaux supérieur et inférieur de ce ligament antéro-externe) que se trouve la partie faible de la capsule par où le kyste naît. Il remonte alors au-devant du radius et parfois même du carré pronateur entre les tendons du grand palmaire et du long supinateur. Nous voyons ainsi où le bistouri doit couper la peau. »

Quant à la dissection, ce n'est pas toujours chose facile. Quelquefois, des adhérences aux organes de la région viennent compliquer l'opération. La difficulté augmente encore lorsque le pédicule est fixé profondément à la synoviale. Il faut alors le suivre jusque dans la profondeur, reconnaissant au passage l'anneau ligamentaire

à travers lequel il passe, et ne s'arrêter que lorsqu'on aura bien constaté la présence de la synoviale.

A ce moment, si le pédicule est étroit, on cherchèra à le lier le plus près possible du plan osseux, et on extirpera la tumeur, d'un coup de ciseaux. Dans le cas contraire, on attirera le plus possible la séreuse (comme dans une cure radicale de large hernie), on réséquera tout ce qui voudra venir, et on suturera linéairement la perte de substance elliptique ainsi faite.

Pour éviter toute récidive, il ne faudra pas oublier de fermer soigneusement l'orifice ligamentaire, de manière à former un plan assez résistant au-dessus de la synoviale.

De plus, on ne saurait accorder trop de soin à la reconstitution du ligament annulaire et à la suture de la peau. Certaines raisons esthétiques pourraient en effet faire rejeter un procédé, en somme très recommandable, mais qui laisserait après lui, sur le poignet, une cicatrice presque aussi désagréable que l'affection elle-même. A cet effet, nous ne saurions trop préconiser l'emploi des agrafes Michell.

Notons que, sauf dans le cas de kystes multilobulés, qui nécessitent une longue dissection, l'anesthésie locale à la cocaïne, précédée d'ischémie artificielle par la bande d'Esmarch, est suffisante pour cette sorte d'opération.

Nous pourrions citer un grand nombre d'observations, à l'appui de cette méthode. Nous n'en retiendrons que deux, dues à l'obligeance de M. le docteur Soubeyran, les autres étant analogues.

Observation VIII

(Personnelle)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Soubeyran)

Jeune fille, 25 ans, présente, sur le dos du poignet gauche, une petite tumeur que nous reconnaissons pour un kyste synovial. Apparu depuis deux ans environ, ce petit kyste se présente sous la forme d'une tumeur du volume de deux noisettes.

Il est de consistance dure.

Opération. — L'anesthésie locale à la cocaïne est faite par injection dans le derme et sous la peau.

Incision longitudinale, puis dissection du kyste qui n'est faite qu'avec peine, la tumeur s'enfonçant très profondément. Pas de pédicule.

La poche kystique se crève pendant l'opération ; il en sort un liquide visqueux et opalin.

L'ablation est faite aussi complètement que possible en rasant le plan osseux.

Suture intra-dermique. Guérison.

Observation IX

(Personnelle)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Soubeyran)

Jeune fille de 20 ans, portant sur le dos du poignet gauche un petit kyste synovial, dont le début remonte à trois ans, de la grosseur d'une noix, lobulé, de consistance dure.

L'opération est faite après anesthésie locale à la cocaïne.

Le kyste présente un pédicule un peu plus marqué que dans le cas précédent mais encore large. Néanmoins l'extirpation se fait assez aisément.

Suture, avec emploi d'agrafes Michell. Guérison.

Nous avons donc à notre disposition trois moyens pour traiter les kystes synoviaux du poignet : la *réduction*, le *flétrissement* et l'*extirpation*.

Parmi ces trois procédés, nous choisirons celui qui conviendra le mieux soit à la variété anatomique de la tumeur à traiter, soit aux symptômes fonctionnels provoqués.

Nous n'hésiterons pas à pratiquer d'emblée l'extirpation des gros kystes multilobulés qu'il est impossible de

réduire, et dont le flétrissement est douteux. Nous agirons de même avec ceux qui, bien que petits, auraient contracté des adhérences avec les organes voisins (vaisseaux, nerfs).

D'autre part, nous aurons recours à la réduction, soit brusque, soit lente, chaque fois que nous nous trouverons en présence d'un kyste développé sur un poignet sain, à la suite d'un effort, ou d'un mouvement incessant, et toujours le même, kystes répondant alors à une hernie de la synoviale.

Ces cas mis à part, nous traiterons les kystes séreux du poignet, en allant du simple au composé. Lorsque nous aurons vu échouer la réduction, nous emploierons d'abord les procédés ayant pour but le flétrissement de la poche, pour nous servir enfin, en cas de non-réussite, du dernier moyen à notre disposition : l'extirpation.

Quel que soit le procédé employé, Bonneau recommande, l'opération terminée, le port ultérieur d'un bracelet.

CONCLUSIONS

Deux théories semblent, à l'heure actuelle, expliquer la pathogénie des kystes séreux du poignet :

1° La théorie folliculaire de Gosselin qui veut qu'ils soient dus à l'oblitération des orifices des follicules synoviparcs, et à l'accumulation de la synovie dans l'intérieur des cavités ainsi formées.

2° La théorie de la hernie synoviale, formulée par Bégin, par laquelle ils seraient dus à une hernie de la séreuse faisant éruption à travers une éraillure de la capsule articulaire.

Ces deux théories ne s'excluent pas, et sont, nous semble-t-il, recevables toutes les deux.

Comme moyens de traitement, nous avons à notre disposition les procédés qui tendent à la réduction, au flétrissement et à l'extirpation.

A part les quelques cas qui réclament spécialement l'application d'un de ces trois moyens, nous les emploierons l'un après l'autre, en commençant par la réduction, pour finir par l'extirpation, en cas de non-réussite.

Dans tous les cas, d'après Bonneau, le port ultérieur d'un bracelet est à recommander.

BIBLIOGRAPHIE

Bolognesi. — Thèse Paris, 1882.

Bonneau. — Traitement des kystes séreux du poignet. Journal des praticiens, 1910.

Chassaignac. — Dictionnaire des sciences médicales. Gazette des hôpitaux, 1845, p. 199.

Dauchellle. — Thèse Paris, 1897.

Duplay. — Traité de chirurgie. Tribune médicale, 1876, n° 396.

Eller. — Mémoire à l'Académie de Berlin. Berlin, 1876, t. II.

Gosselin. — Recherches sur les kystes synoviaux de la main et du poignet. Mémoires de l'Académie de médecine, 1851. T. XVI, p. 381 et suivantes. Gaz. des hôpitaux, 1868. Clinique de la Charité, 1879.

Hochet. — Thèse Paris, 1894.

Kirmisson. — Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur. Des kystes synoviaux du poignet.

Lecourt. — Thèse Paris, 1897.

Ledderhose. — Semaine médicale, 1894, p. 32.

Léon. — Contribution à l'étude du traitement des kystes synoviaux. Gazette des hôpitaux, 1901, nos 107 et 108.

MARCHAL DE CALVI. — Lettre sur le ganglion, adressée à M. le docteur Thierry. Annales de la chirurgie française et étrangère. Paris, 1842. T. IV, p. 446.

MARTIN. — Thèse Paris, 1882.

OMBREDANNE. — Nouveau traité de chirurgie, 1907.

POIRIER.— Anatomie humaine. Bulletin de la Société anatomique, 14 janvier 1886.

VELPEAU. — Leçons orales de clinique chirurgicale. Paris, 1841.

VERNEUIL. — Kyste synovial du poignet. Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1858, XXXIII, 319.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 8 mars 1910.

Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
LÉON-G. PÉLISSIER.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 8 mars 1910.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

MONTPELLIER — IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE